

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

THÈSE 104

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 décembre 1897, à 1 heure

Par PIERRE VALLAT

Ancien externe des hôpitaux de Paris
Ancien interne de l'Asile de convalescence (Concours de 1896)
Né à Montagnac (Hérault) le 24 juillet 1872

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DE LA ROUGEOLE

PROPHYLAXIE DES COMPLICATIONS PULMONAIRES

Je jugeai dès cette époque que
la rougeole pouvait être une maladie
sérieuse.

TROUSSEAU (Cliniques).

Président : M. HUTINEL, professeur.

Juges : { MM. JACCOUD, professeur.
CHARRIN et MARFAN, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1897

104

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552015_0029

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 décembre 1897, à 1 heure

Par PIERRE VALLAT

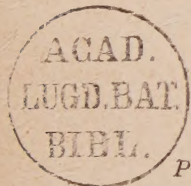
Ancien externe des hôpitaux de Paris
Ancien interne de l'Asile de convalescence (Concours de 1896)
Né à Montagnac (Hérault) le 24 juillet 1872

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DE LA ROUGEOLE

PROPHYLAXIE DES COMPLICATIONS PULMONAIRES



Je jugeai dès cette époque que la rougeole pouvait être une maladie sérieuse.

TROUSSEAU (Cliniques).

Président : M. HUTINEL, professeur.

Juges : { MM. JACCOUD, professeur.
CHARRIN et MARFAN, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Docteurs. Professeurs		M. BROUARDEL.
Anatomie		MM.
Physiologie		FARABEUF.
Physique médicale		CH. RICHET.
Chimie organique et chimie minérale		GARIEL.
Histoire naturelle médicale		GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales		BLANCHARD.
		BOUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie		POUCHET.
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LABOULBENE
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		POTAIN.
Clinique médicale		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladie des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		TILLAX.
		BERGER.
Clinique chirurgicale		DUPLAY.
		LE DENTU
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique d'accouchements		N.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHARRIN	HEIM	ques.	WEISS
CHASSEVANT	LEJARS	RETTERRER	WIDAL
DELBET	LETULLE	RICARD	WURTZ
	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND-MÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Médecin des « Enfants Assistés ».
Professeur de Pathologie interne.
Chevalier de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT DE LA ROUGEOLE

Prophylaxie des complications pulmonaires

Durant le cours de nos études médicales, nous avons été plus d'une fois frappé de l'effrayante mortalité due à la rougeole et surtout à ses redoutables complications, au premier rang desquelles il faut citer les nombreuses variétés pulmonaires. C'est alors qu'il nous est venu à l'idée de chercher à juguler dans la mesure du possible ce large tribut à la mort que payent si généreusement les enfants de la première et de la deuxième enfance. Car en effet, nul ne l'ignore, c'est la rougeole qui, de toutes les maladies infantiles, fournit la léthalité la plus grande ; et c'est malheureusement sous des dehors apparents de bénignité absolue, qu'elle commet ses ravages, médiats et immédiats.

Que de fois à cet égard n'avons-nous pas entendu nos maîtres s'élever à juste titre contre cette appellation que

rien ne justifie « Petite rougeole ». Nous avons été au contraire habitué à considérer cette maladie comme grave, très grave même, ce qui nous mettra à l'abri de nombreux mécomptes.

Mais avant d'entamer ce travail, qu'il nous soit permis à la fin de nos études de remercier publiquement les maîtres vénérés qui nous ont guidé dans cette carrière si intéressante, mais aussi si difficile de la médecine.

Nous devons d'abord remercier Monsieur le docteur Nélaton qui a bien voulu nous agréer dans son service, alors que nous étions simple étudiant de deuxième année. Sa droiture et sa haute compétence de la chirurgie nous ont amené à lui demander de vouloir bien nous prendre comme externe. Nous nous souviendrons toujours au lit du malade, des deux années que nous avons passées sous sa direction.

C'est chez Monsieur Hirtz alors à Tenon que nous avons fait nos premiers pas dans la médecine.

Le stage obligatoire de la Faculté nous a conduit chez Monsieur Tapret, à Saint-Antoine, qui a bien voulu nous témoigner une sympathie toute particulière. Qu'il nous permette de lui dire que nous n'oublierons jamais l'année trop courte que nous avons passée dans son service.

Nous avons eu le rare bonheur d'être externe dans le service de Clinique de Monsieur le professeur Grancher. C'est là que, guidé par Monsieur le professeur agrégé Marfan, nous avons appris cette branche si délicate, si importante et si difficile à connaître de la médecine : les Maladies de l'Enfance. Monsieur Marfan dans ses causeries journalières et dans ses Cliniques a su nous faire

donner une préférence à la Pathologie infantile ; ce qui nous a décidé, du reste, à terminer nos études par une thèse de Pédiatrie.

Monsieur le professeur Fournier nous a reçu dans son service à l'hôpital Saint-Louis, quand nous avons voulu étudier les maladies cutanées et syphilitiques.

C'est chez M. le docteur Gilles de la Tourette que nous avons fait notre dernière année d'externat. Nous sommes heureux de pouvoir le remercier de la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner.

Monsieur le professeur Hutinel nous a fait l'insigne honneur d'accepter la présidence de notre thèse et nous ne saurions trop l'en remercier.

Nous ne pouvons clore la liste de nos maîtres sans remercier également ici Monsieur le docteur Barborin de l'amitié qu'il nous a prodiguée dans nos débuts dans la carrière. Ils nous ont enseigné la Médecine, il nous a enseigné la Déontologie médicale.

Que mon père, le docteur Th. Vallat, me permette de le remercier aussi pour les immenses sacrifices qu'il a été obligé de faire pour mes études. J'essaierai en l'imitant de me montrer digne de lui.

.
. Je jugeai dès cette
époque que la rougeole
pouvait être une maladie
sérieuse.....

TROUSSEAU (Cliniques).

Sans vouloir faire ici une monographie de la Rougeole ; nous croyons néanmoins qu'il est nécessaire de passer rapidement en revue ce que les auteurs ont dit au sujet de cette maladie.

Après avoir exposé en quelques mots l'état de nos connaissances anatomo-pathologiques et bactériologiques, nous chercherons à nous appesantir davantage sur le pronostic, partant sur les redoutables complications qui viennent l'assombrir, hélas trop souvent. C'est alors que nous examinerons les éléments thérapeutiques et hygiéniques que l'on a mis en usage pour les prévenir ; nous nous permettrons ensuite de faire la narration d'une épidémie de rougeole à forme maligne que nous avons eu l'occasion d'observer dans un remplacement que nous faisions aux environs de Paris.

La rougeole est une fièvre éruptive, contagieuse au premier chef. A Paris, et dans les grands centres en général, elle se trouve à l'état endémique, mais elle revêt quelquefois le caractère épidémique et vient ainsi fournir un contingent énorme à la morbidité habituelle. C'est Sydenham qui, le premier, a distingué cette maladie du chaos

des fièvres éruptives à l'occasion des épidémies si meurtrières qui sévirent à Londres en 1760 et 1764. Depuis, tous les maîtres de la Médecine contemporaine ont contribué à nous faire connaître cette affection et il semble qu'il appartient maintenant à l'Ecole pasteurienne d'en indiquer les causes et surtout le traitement spécifique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Pour l'étude anatomo-pathologique, on doit envisager la rougeole sous trois formes : la rougeole normale, la rougeole maligne, la rougeole compliquée.

1° *Rougeole normale.* — Au niveau de la peau on trouve des papules, dont la couleur va du rose pâle au rouge violacé, séparées par des espaces de peau saine. La lésion dominante est la congestion avec dilatation des capillaires et des petits vaisseaux. Le tissu cellulaire sous-cutané est quelquefois le siège d'œdème léger et quand l'éruption est dite boutonneuse on trouve une suffusion sanguine au niveau des papilles du derme. L'épiderme est soulevé et les cellules qui le composent, frappées de mortalité, se dessèchent et s'exfolient en produisant ce qu'on a appelé la desquamation furfuracée, surtout marquée au front. Les muqueuses sont généralement toutes plus ou moins atteintes par le processus morbilleux, mais de préférence les muqueuses fortement exposées à l'air. On rencontre encore une congestion des petits vaisseaux avec de la diapédèse des globules blancs autour des vaisseaux et des glandes. Le tissu sous-muqueux est œdématié. Au niveau du larynx on trouve quelquefois une série d'ulcé-

rations résultant de la nécrose partielle ou totale d'un follicule glandulaire; cette ulcération peut gagner en profondeur et on a alors affaire à une laryngite nécrosique dont le pronostic est des plus graves.

La muqueuse intestinale participe elle aussi à la fluxion qui se traduit ici par de violentes diarrhées, qu'il faut savoir respecter, au dire de Trousseau.

2° *Rougeole maligne*. — On ne connaît pas de lésions spéciales à la rougeole maligne. On peut néanmoins supposer que dans ces cas la mort est due soit à une altération du sang et des vaisseaux dans la forme hémorrhagique; soit à une résistance moindre du système nerveux influencé tout particulièrement par le virus morbillieux (forme ataxo-adyamique); soit à une congestion subite du poulmon produisant une dyspnée violente et un catarrhe suffoquant, comme dans la forme pulmonaire.

3° *Rougeole compliquée*. — Ici nous trouvons des lésions surajoutées dues à des infections secondaires favorisées par la rougeole.

Au larynx on trouve des ulcérations et des pseudo-membranes dues aux bacilles de Loeffler, quelquefois même au streptocoque.

Au niveau des poulmons on trouve des exsudats fibreux qui remplissent les alvéoles. Autour de la bronche lobulaire on rencontre des nodules périlbronchiques avec les mêmes exsudats. Le plus souvent ces lésions pulmonaires sont produites par le streptocoque. La tuberculose pulmonaire est très fréquente à la suite de la rougeole, soit que cette maladie ait donné un coup de fouet à la maladie évoluant en silence, soit que le bacille se déve-

loppe trouvant un terrain tout préparé. Elle peut évoluer de plusieurs manières ; tantôt elle se manifeste par une broncho-pneumonie tuberculeuse ; tantôt par des tubercules miliaires et à l'autopsie on trouve les poumons farcis de granulations. D'autres fois, au contraire, la tuberculose est localisée aux ganglions et on a tous les signes de l'adénopathie phymique.

BACTÉRIOLOGIE.

On ne connaît pas encore d'une manière certaine le microbe pathogène de la rougeole. Toutes les recherches entreprises à ce sujet ont été jusqu'ici négatives, et les résultats différents. En 1871, Coze et Feltz, de Strasbourg, décrivent des bactéries retirées du sang des morbillieux et du mucus nasal.

Canon et Pielicke, de Berlin, trouvent dans le sang un bacille ressemblant à un diplocoque, que le docteur Barbier croit reconnaître dans les sécrétions lacrymales de 40 rougeoleux de l'hôpital des Enfants-Malades. Les docteurs Méry et Boulloche ont trouvé le pneumocoque et le streptocoque dans la salive, et le docteur Barbier un bacille ressemblant à celui de la diphtérie. Ce dernier auteur insiste sur la fréquence du streptocoque.

Mais si on ne connaît pas l'agent causal de la rougeole, on est plus familier avec les microbes des infections secondaires : Streptocoques, staphylocoques, pneumo-bacille de Friedlander, coli-bacille, bacille de Pfeiffer, bacille de Lœffler.

Ces microbes se trouvent habituellement dans la bouche où leur virulence est faible ou nulle. Dans certaines

conditions, elle s'exalte, et ils deviennent redoutables soit qu'ils agissent seuls, soient qu'ils s'associent à d'autres germes spécifiques ou non, soit par leur passage successif d'un sujet à un autre, comme cela se fait en cas d'encombrement (Hutinel. Leçons professées à la Faculté).

SYMPTOMATOLOGIE

On a l'habitude, pour la description de la rougeole, de lui considérer quatre périodes :

L'incubation ;

L'invasion ;

L'éruption ;

La desquamation.

La période *d'incubation* dure environ dix jours, « elle n'est, dit M. le professeur Grancher, caractérisée par aucun symptôme appréciable ». Néanmoins M. le professeur Dieulafoy a observé quelques cas où « il y a eu des élévations de température, des malaises, de la toux, du coryza ».

La période *d'invasion* se traduit par deux symptômes de la plus grande importance : la fièvre et le catarrhe oculo-rhino-laryngo-pulmonaire. La fièvre est tantôt légère, tantôt elle atteint 39°-40°. Elle persiste quelquefois jusqu'au moment de l'éruption, tandis que, dans d'autres cas, elle peut ne durer qu'un ou deux jours, cédant parfois complètement, ne laissant au malade que de légers malaises, pour reparaître dès l'éruption avec une plus grande in-

tensité. Ce caractère est des plus importants pour le diagnostic. Elle s'accompagne de petits frissons, se répétant trois, quatre, cinq fois dans la journée, suivis de chaleur et de sueur, et simule même des accès de fièvre palustre. Le catarrhe envahit dès le début de la maladie les muqueuses des yeux, du nez et du larynx. Les conjonctives sont brillantes, injectées; si l'on écarte les paupières, leur face interne apparaît d'un rouge vif, elles sont œdématisées et souvent rouges à l'extérieur. Des larmes coulent sans cesse. La photophobie est constante. Le catarrhe nasal se traduit par des éternuements qui ont un caractère pathognomonique, les narines laissent échapper un écoulement muco-séreux très abondant. Les lèvres sont rouges et épaissies, la face en général a de la bouffissure. Le catarrhe existe également au niveau des sinus ethmoïdaux, sphénoïdaux et frontaux; ce qui donne aux malades une sensation de pesanteur au niveau du front.

Le catarrhe laryngé est accompagné d'une toux sèche, rauque, férine, souvent quinteuse. La voix est enrouée, il y a même parfois une aphonie complète. Si à cette époque on fait l'examen de la gorge on peut remarquer que le diagnostic est en quelque sorte inscrit au niveau des amygdales, des piliers et du voile du palais. Ce sont des taches d'un rouge vif, limitées, saillantes. M. Girard, de Marseille, a noté sept ou huit jours avant l'éruption cutanée l'existence d'un pointillé rouge qui persiste au moment de cette éruption.

Les symptômes généraux sont modérés; il y a de la courbature, de l'assoupissement, de la céphalalgie; chez les jeunes enfants cette période s'accompagne souvent de con-

vulsions. Il faut joindre également comme symptômes de la période : la diarrhée, avec ou sans vomissements, qui indique la participation de la muqueuse intestinale à l'éruption ; les sécrétions muco-purulentes de la vulve. On a noté l'apparition prématurée des règles ; du ténésme vésical. L'engorgement des ganglions lymphatiques serait dû le plus souvent à des infections secondaires. Dans ces derniers temps on a fort discuté à ce sujet. Pour certains l'existence d'adénite sous-maxillaire serait en faveur de la rubéole, pour d'autres cet engorgement existerait dans le cas de rougeole confirmée. Pour notre part nous avons toujours recherché ce symptôme, nous l'avons vu manquer rarement et c'était toujours dans des cas manifestes d'affection mortelle.

Cette période d'invasion dure environ quatre à cinq jours. Une nouvelle poussée fébrile indique presque toujours l'apparition de l'exanthème.

L'éruption apparaît d'ordinaire la nuit (Grancher) sur la face, le front, les joues, un point d'élection se trouve derrière les oreilles au niveau de l'apophyse mastoïde. Elle ne tarde pas à se généraliser et en 48 heures elle est complète ; elle commence déjà à pâlir à la face alors que les extrémités du membre inférieur sont encore indemnes. Cette période ne durerait que trois à quatre jours. L'éruption se compose de taches d'un rouge vif, légèrement saillantes, n'offrant pas la rudesse de l'éruption scarlatineuse, elles ont la dimension d'une lentille, isolées par des espaces de peau saine. Parfois, cependant, l'éruption est si confluyente que la peau prend une teinte rouge uniforme ; quelquefois, au contraire l'exanthème, est

si discret ou même si fugace qu'il échappe à l'observation, ce sont les : « *morbilli sine morbillis*. » La décroissance est graduelle et commence toujours par les lieux envahis les premiers ; la couleur devient cuivrée comme celle des syphilides, puis violacée et résiste toujours à la pression alors qu'au début elle s'effaçait momentanément.

La fièvre atteint son apogée, le thermomètre marque de 39,8 à 40,5, mais elle tombe dès que l'éruption est complète ; le pouls oscille entre 120 et 140, sa fréquence varie avec l'âge.

Dans cette période le catarrhe pulmonaire arrive à maturité, les adultes expectorent facilement d'assez gros crachats verdâtres, caractéristiques de la bronchite. L'appétit est nul, la soif vive. La diarrhée, très fréquente au début de l'éruption, tend à disparaître ; elle est séreuse, d'une odeur repoussante ; mais néanmoins sans trop grande gravité. Mais tous ces symptômes s'amendent et la période d'éruption fait place à la période de *desquamation*.

Au bout de trois ou quatre jours l'éruption pâlit, on voit alors l'épiderme se soulever en petites écailles furfuracées. Cette desquamation se généralise rarement, elle est surtout visible au front, à la face et au cou ; elle peut être si ténue qu'elle peut même passer inaperçue et dans certains cas pour la rechercher on est obligé de frotter la peau avec du drap noir.

Dans cette période tous les symptômes s'amendent, la convalescence survient rapidement et si aucune complication ne vient la troubler le petit malade peut être rendu à ses jeux au bout du quinzième jour.

COMPLICATIONS

Nous venons de suivre, symptôme par symptôme, l'évolution d'une rougeole normale ; mais il n'en est pas toujours ainsi et le cortège est grand des complications qui peuvent assombrir le pronostic de cette maladie réputée si bénigne. L'étude et la connaissance de ces complications sont de la plus haute importance, tant par leur gravité que par les mesures hygiéniques et prophylactiques qui, employées à temps, peuvent éviter au morbillieux une mort inévitable et on doit poser en principe qu'on peut faire évoluer franchement une rougeole en se gardant contre ses complications.

Quelles sont donc ces complications ?

Ce sont en général des infections secondaires qui se déclarent au moment de la période d'éruption, ainsi qu'au début de la période de desquamation.

C'est ainsi que la rougeole peut se compliquer de laryngite, de broncho-pneumonie, de diphtérie, d'otite, de stomatite, d'entérite, de néphrite, de gangrène pour ne citer que les plus communes.

D'autre part il est une autre série de complications tardives qui sont dues à un état de débilitation et de récep-

tivité de l'organisme, à un envahissement de l'économie par le bacille de Koch, qui détermine alors, d'abord de l'adénopathie bacillaire, puis les lésions tendent à se généraliser, de telle sorte qu'on trouve la rougeole à l'étiologie de la tuberculose pulmonaire et de la tuberculose méningée.

Laryngite. — La laryngite est-elle diphtérique ou est-elle due exclusivement au processus morbillieux ? Au début on peut dire qu'il y a une laryngite nettement morbillieuse avec toux férine rappelant en tous points les manifestations de la laryngite striduleuse ; elle est due à la participation de la muqueuse du larynx à l'énanthème rubéolique.

Elle coïncide avec l'éruption et disparaît avec elle. Mais à côté se trouve une laryngite plus grave, qui tue par l'œdème de la glotte qu'elle engendre le plus souvent ; il est assez difficile de la diagnostiquer du croup d'emblée, de la diphtérie, car dans les deux cas les fausses membranes manquent et l'examen bactériologique, conséquemment, est impossible à faire. Monsieur le professeur Grancher recommande dans ce cas de pratiquer l'auscultation du poumon : dans le cas de croup diphtérique on n'entend pas le murmure vésiculaire ; tandis que, au contraire, dans le cas de croup morbillieux, la respiration s'entend presque avec tout son moelleux.

Diphtérie. — A côté de cette laryngite nettement morbillieuse se place la diphtérie due au bacille de Lœffler associé quelquefois au streptocoque. Cette diphtérie n'offre rien de particulier si ce n'est qu'évoluant sur un terrain déjà affaibli par la rougeole, elle est en général plus grave.

Dans ce cas il faudra faire le traitement spécifique de bonne heure et avec la plus grande sévérité.

Broncho-pneumonie. — Mais de toutes les complications, celle qui offre le plus de gravité, est assurément la broncho-pneumonie. Elle peut se montrer dès le 3^e jour de la maladie, avant l'éruption par conséquent ; elle peut également apparaître vers le 12^e jour, c'est-à-dire en pleine convalescence, alors que tout semblait rentrer dans l'ordre. Néanmoins c'est en général vers le 6^e jour, au moment où l'éruption est à son acmé, qu'éclatent les symptômes bruyants et terribles de cette redoutable complication. La fièvre qui était aux environs de 38° 5 monte subitement au delà de 40 ; le pouls devient petit, misérable, incomptable ; la respiration s'accélère, on compte jusqu'à 80 inspirations par minute. Le facies du petit malade exprime la terreur, et l'anxiété, il fait des efforts pour respirer et n'y parvient qu'incomplètement ; l'asphyxie ne tarde pas à se manifester et le plus souvent le petit être est emporté.

Dans les cas heureux, la maladie se prolonge pendant plusieurs semaines ; la fièvre tombe lentement et le malade revient à la santé, non sans conserver des poumons qui vont constituer un « *locus minoris resistentiæ* » véritable champ de culture pour le bacille de la tuberculose.

Stomatite. — Comme complication fréquente on doit encore citer la stomatite, véritable enanthème morbillieux de la bouche. Elle favorise l'apparition d'infections surajoutées qui produisent la stomatite ulcéro-membraneuse, la stomatite aphteuse et la stomatite diphtérique.

Muguet. — Nous ne citerons que pour mémoire le muguet qui apparaît à titre d'épiphénomène de cachexie.

Noma. — Grâce aux soins hygiéniques qui tendent de plus en plus à pénétrer dans les masses, le noma a disparu presque complètement de la nosologie morbilleuse. Ce n'est que très rarement qu'on a l'occasion d'en voir et, pour notre part, durant l'année que nous avons passée comme externe dans le service de Clinique des Maladies de l'enfance, nous n'en avons jamais vu.

Entérite. — L'entérite morbilleuse revêt diverses formes : bilieuse, cholériforme, dysentériforme ; elle est due très probablement à des associations bactériennes favorisées par la débilitation de l'organisme.

Otite. — L'otite mérite une mention particulière, car elle est en grande partie la cause de la surdi-mutité. Le processus inflammatoire gagne la caisse du tympan par la trompe d'Eustache. Une forte élévation de température, l'agitation, le délire, souvent des convulsions doivent mettre sur la voie de cette nouvelle complication. Puis un beau jour tout rentre dans l'ordre et un flot de pus sort par le conduit auditif. Le pus peut se faire jour par une autre voie, l'apophyse mastoïde devient rouge, tuméfiée, douloureuse à la pression et une collection purulente ne tarde pas à s'y faire. C'est dans ces cas qu'il faut se hâter d'intervenir, il faut trépaner le temporal, permettre au pus de s'écouler au dehors pour éviter une méningite purulente.

Kératites. — La muqueuse oculaire n'est pas non plus à l'abri des complications secondaires et il n'est pas rare de constater une kératite phlycténulaire qui guérit le plus

souvent sans laisser de troubles de la vision. Galezowski a noté une forme fruste de la rougeole, ne se manifestant que par une kérato-conjonctivite phlycténulaire.

Il est encore d'autres complications de la rougeole, mais elles sont si rares que nous ne saurions en parler sans sortir du cadre que nous nous sommes tracé, ce sont : les pleurésies, les affections cardiaques, la néphrite albuminurique et quelques troubles cérébro-méningés produisant des névralgies et des paralysies fugaces.

Le Diagnostic de la Rougeole est en général facile et nous ne nous y arrêterons pas, pour nous appesantir sur le Pronostic.

PRONOSTIC

Il est habituellement admis que la rougeole est une maladie bénigne en ville, très souvent mortelle à l'hôpital.

Nous ne saurions trop nous élever contre cette manière de voir, la rougeole est une maladie grave et on la considérerait comme telle si, dans les statistiques de la mortalité, on lui adjoignait tous les décès par broncho-pneumonie, diphtérie, laryngites, méningite, tuberculose dont elle est la cause occasionnelle.

Trois conditions gouvernent le pronostic de la rougeole :

1° L'âge du malade.

2° L'hospitalisation.

3° L'épidémicité.

De plus en ville il faut tenir compte de la situation sociale des parents, de l'habitation, du degré de culture intellectuelle de l'entourage, de l'hygiène, etc.

Age du malade. — La mort frappe d'autant plus énergiquement que l'enfant est plus jeune. Nous avons relevé la statistique des décès imputés à la rougeole à l'hôpital

des Enfants Malades, durant le cours des 7 dernières années.

En 1890, il y a eu 610 cas de rougeole traités à l'hôpital.

303 garçons et 307 filles.

225 garçons et 209 filles sont sortis guéris.

78 garçons et 98 filles sont décédés.

La proportion des décès a donc été de 28,85 pour cent elle avait été en 1889 de. 35,32 —

La proportion suivant les âges indique une mortalité de :

60 p. 100 de 1 jour à 1 an	37 p. 100 de 2 ans à 3 ans.
54 — de 1 an à 2 ans	28 — de 3 ans à 4 ans.

En 1891 : 509 enfants sont entrés au pavillon de la rougeole.

En 1891 : 267 garçons, 242 filles.

Sur ce nombre 326 sont sortis guéris.

Décès : 96 garçons et 87 filles, soit une proportion de 35,95 p. 100.

Au point de vue de l'âge la proportion de la mortalité a été :

50 p. 100 de 1 jour à 1 an 39,17 0/0 de 2 à 3 ans.

66 p. 100 de 1 an à 2 ans.

En 1892 : 589 cas ont été traités.

» 332 garçons, 257 filles.

Décès : 101 garçons et 61 filles soit une proportion de : 28,35 p. 100.

En 1893 : 489 enfants traités.

» 221 garçons, 168 filles.

Décès : 45 garçons et 55 filles soit une proportion de 20,45 p. 100.

En 1894 : 552 cas.

» 285 garçons, 267 filles.

Décès : 145 soit 26,26 p. 100.

En 1895 : 579 cas.

» 298 garçons, 281 filles.

Décès : 120 soit 20,72 p. 100.

En 1896 : 517 cas.

» 298 garçons, 243 filles.

Décès : 104 soit 22,05 pour cent.

En résumé dans les sept dernières années 3845 cas de rougeole ont été traités à l'hôpital des Enfants-Malades, dont 1980 garçons et 1865 filles, pour lesquels il y a eu 1005 décès, 511 garçons et 494 filles. Ce qui donne la proportion énorme d'environ 30 p. 100. La statistique nous a montré qu'au point de vue de la mortalité, le sexe est un facteur dont il ne faut tenir aucun compte.

M. le Dr Marfan nous a prié de faire remarquer que, depuis qu'on a placé, au pavillon de la rougeole, un linoléum et qu'on a supprimé le balayage pour le remplacer par un lavage quotidien, la mortalité a diminué de 10 pour 100. Il faut espérer qu'elle diminuera encore quand on aura démoli les vieux bâtiments existants pour les remplacer par de petits pavillons construits sur les indications de l'hygiène moderne.

Hospitalisation. — L'hospitalisation et en particulier l'hospitalisation défectueuse est un facteur de mortalité de la première importance. Nous avons vu quelle est la pro-

portion de l'hôpital de la rue de Sèvres ; à l'hôpital Trousseau elle a atteint le chiffre de 25 0/0 malgré les mesures sévères qu'on a prises il y a déjà quelques années. A l'hospice des Enfants-Assistés, Parrot affirmait que les enfants au-dessous d'un an mouraient dans la proportion de 95 pour 100. Jusqu'en 1886 à cet hôpital la mortalité atteignait la moyenne considérable de 50 pour 100, depuis les mesures prises par M. le professeur Hutinel la mortalité est descendue à 12 pour 100, et tout fait prévoir qu'elle descendra encore.

Bartels relatant une épidémie de rougeole, ayant sévi à Kiel en 1860, indique une mortalité de 100 pour 100.

L'encombrement dans les hôpitaux vient également aggraver encore le pronostic déjà si sombre ; Laveran dit, dans la *Gazette Hebdomaire* de 1861, « que la mortalité de la rougeole fut en 1860 au Val-de-Grâce de 35 pour cent.

« L'agglomération des enfants augmente la virulence des germes, le nombre et la gravité des infections ».

La maladie transmise n'a pas forcément le même degré de gravité que la maladie originelle ; dans presque tous les cas elle est plus sérieuse, qu'il s'agisse d'infections spécifiques ou d'infections banales.

En passant d'un enfant à un autre et en trouvant chez chacun d'eux un terrain souvent vierge, dépourvu de toute propriété atténuante et excessivement favorable à leur développement, les microorganismes subissent dans leurs propriétés pathologiques les mêmes modifications que les virus des infections sérieées expérimentales : ils exaltent leur virulence. (Hutinel, *Leçons professées à la Faculté*).

Et à l'appui de ce qui précède, le Professeur Hutinel raconte qu'il a fréquemment assisté à l'aggravation progressive de la rougeole dans les pavillons d'isolément, où les enfants entrent par fournées. Ceux de la première fournée font des rougeoles bénignes ; chez ceux de la seconde la fièvre tombe moins franchement ; à la troisième, on voit souvent apparaître des broncho-pneumonies de plus en plus graves. Ce qui se produit à l'hôpital existe également en ville.

« Dans une famille de quatre enfants, trois filles et un
« garçon, ce dernier rapporte la rougeole du collège. Bien
« que délicat, il guérit sans accidents ; les deux plus jeunes
« sœurs sont prises quinze jours après, elle sont déjà plus
« malades ; l'aînée est encore plus gravement atteinte ; la
« mère contracte à son tour la rougeole, qui paraissait être
« de moyenne intensité, mais qui se complique de bron-
« cho-pneumonie avec pleurésie droite » (Hutinel, *Leçons
professées à la Faculté*).

Nous avons eu l'occasion de voir des faits à peu près semblables. Egalement dans une famille de quatre enfants, dont nous rapportons d'autre part l'observation, l'aînée âgée de 7 ans, contracte la rougeole et guérit sans aucune complication, dans le minimum de temps. Quelques jours après, la cadette, âgée de 4 ans, est contaminée ; le catarrhe pulmonaire est long à guérir. Presque en même temps, les deux autres, deux jumeaux, un garçon et une fille, tombent malades à leur tour ; le petit garçon a eu une convalescence très longue et la petite fille a présenté pendant quelques jours une température très élevée et deux foyers de broncho-pneumonie à gauche.

Épidémicité. — La qualité de l'épidémie vient encore quelquefois, en dehors des influences nosocomiales, ajouter à l'affection morbillieuse un certain caractère de gravité.

Dans ses admirables cliniques, Trousseau rapporte l'observation d'une épidémie qu'il eut l'occasion d'observer à Necker en 1845 et 1846; sur 24 enfants atteints de rougeole, 22 furent emportés par les complications pulmonaires. « Ce chiffre, dit-il, donne la mesure de l'épouvante grave de cette affection et tel médecin qui jusque-là avait considéré la rougeole comme une maladie bénigne apprendra dans ces tristes circonstances à la redouter. Lorsque, il y a 37 ans, je commençais l'exercice de la médecine, les deux premiers malades auprès desquels je fus appelé étaient deux individus atteints de rougeole une enfant de onze ans, une servante de vingt-et-un ans; toutes deux succombèrent à la broncho-pneumonie; qui chez l'une fut compliquée de pleurésie. *Je jugeai dès cette époque que la rougeole pouvait être une maladie sérieuse.* Cette année encore nous avons vu, tant dans notre clientèle privée que dans celle de nos confrères qui nous mandaient en consultation, un assez grand nombre d'enfants et même d'adultes enlevés par le catarrhe morbillieux péri-pneumonique ».

Dans un mémoire sur la rougeole épidémique qui a régné à Abbeville pendant l'année 1855, Hecquet dit que la mortalité fut de 60 pour 100 chez les enfants de moins de 4 ans, de 35 pour 100 de 4 à 8 ans.

La cachexie, la mauvaise hygiène, la misère, la diarrhée tuberculeuse, le rachitisme sont autant de facteurs

de mortalité. La mauvaise alimentation, le surmenage, le froid viennent assombrir le pronostic. L. Colin, médecin de l'hôpital militaire de Bicêtre durant le siège de Paris, raconte que la maladie atteignit les soldats dans l'énorme proportion de 45 pour 100.

Le pronostic de la rougeole est donc grave et en présence d'un morbillieux on ne saurait trop prendre de précautions.

ÉTIOLOGIE

La rougeole existe à l'état endémique, revêtant çà et là une allure épidémique avec ou sans caractère morbide prédominant. C'est une maladie éminemment contagieuse, et peu d'individus en sont indemnes. Une première atteinte confère en général l'immunité. Panum, de Copenhague, cite à cet égard, dans les *Archives de Médecine* de 1851, un fait vraiment caractéristique : depuis 1781 on n'avait constaté aucun cas de rougeole aux îles Féroé, lorsque soudain en 1846 une épidémie d'une violence peu commune s'abattit sur les habitants ; 6000 environ sur près de 8000 furent atteints en l'espace de sept mois ; seuls furent épargnés les vieillards qui avaient contracté la rougeole avant 1781 et ceux qui l'avaient eue ailleurs.

Les nourrissons paraissent être à l'abri de la fièvre morbillieuse ; on cite des familles entières envahies par la maladie à l'exception des enfants au sein. Pour notre part, dans nos observations, nous avons eu l'occasion de voir deux nourrissons, l'un de un mois, l'autre de trois, échapper à la maladie.

La contagion se fait par contact direct ou indirect ; l'influence de l'air ambiant n'étant plus admise aujourd'hui.

d'hui. M. le Professeur Grancher a vu bien souvent la contagion se faire entre deux enfants placés à la plus grande distance possible et épargner les voisins du morbillieux. Et l'enquête démontrait le plus souvent que la contagion avait eu lieu par contact.

A quel moment le morbillieux est-il contagieux ? On a cru pendant longtemps que la rougeole était exclusivement contagieuse au moment de l'éruption et pendant la desquamation. Les recherches de Girard, de Marseille, ont prouvé que la contagion se faisait dès les prodromes. Aussi la prophylaxie est très difficile, car les enfants sont contaminés alors que le diagnostic n'est pas et ne peut pas encore être fait.

TRAITEMENT

Avant de parler du traitement de la rougeole nous allons étudier ici l'action d'une nouvelle méthode préconisée il y a une dizaine d'années par M. le professeur Renault de Lyon dans les cas d'affections aiguës du poumon : *la Balnéation chaude*.

Ce traitement a été appliqué tout récemment dans le service de clinique de M. le professeur Grancher systématiquement à tous les cas de rougeole confirmée. M. le docteur Renault, chef de clinique, le promoteur de ce traitement de la rougeole a eu la satisfaction de voir, grâce aux bains chauds, diminuer la proportion des complications pulmonaires, partant la mortalité.

Nous indiquerons plus loin les résultats de notre observation personnelle. Systématiquement nous avons baigné tous les enfants atteints de rougeole et nous avons été assez heureux de constater les bons effets de cette méthode.

Balnéation chaude. — Dans les cas de bronchite diffuse profonde avec fièvre dépassant 38°,5, M. le professeur Renault est d'avis de baigner les enfants : « Je n'hésite pas à déclarer qu'il existe un moyen thérapeutique à

« la fois simple et tout à fait inoffensif d'éviter à peu près
« sûrement la capillarisation redoutable de la bronchite
« diffuse de l'enfant : c'est la balnéation chaude systéma-
« tique. J'ajouterai que parmi les méthodes de dérivation,
« de révulsion, etc. proposées pour le même objet, non
« seulement aucune n'est aussi sûre que le bain chaud,
« mais qu'aucune n'est réellement efficace. »

Le professeur Renaut ajoute ensuite : « Depuis dix ans
« que j'ai inauguré, puis vulgarisé cette méthode du bain
« chaud systématique, je n'ai pas vu une seule bronchite
« infantile diffuse et fébrile, ainsi traitée dès le second
« jour de fièvre, passer à l'état de bronchite capillaire.
« Or mes observations portent sur plus de cent cas. C'est
« assez pour juger de la valeur d'un procédé thérapeuti-
« que. *Je n'ai non plus relevé aucun accident* ».

Quelle est l'action du bain chaud sur l'organisme ? D'a-
près Rostan, on doit entendre par bains chauds, ceux dont
la température s'élève de 30 à 38° centigrades et très
chauds ceux de 38 à 45°

En thèse générale les bains chauds sont débilitants et
excitants.

Action du bain chaud. A la suite d'un bain chaud,
dont la durée ne devra jamais excéder 8 à 10 minutes on
éprouve les phénomènes suivants : Rougeur et gonflement
des téguments, augmentation du volume des veines sous-
cutanées. Au bout d'un temps en rapport avec la tempé-
rature du bain, la circulation s'accélère, le pouls devient
plus fréquent, la sensation de chaleur devient plus vive,
et la sueur s'établit. La face devient rouge, les yeux s'in-
jectent ; et il peut se produire de la céphalalgie si le bain

se prolonge. Au sortir d'un bain trop chaud, on sent de la faiblesse, on note des tintements d'oreilles, des vertiges. Mais ces phénomènes se dissipent en général très vite. L'usage habituel des bains chauds exerce sur l'organisme une action nettement débilitante. Mais au point de vue thérapeutique ils peuvent rendre de réels services car ils agissent comme excitants, révulsifs, dérivatifs. Ils sont indiqués, dit Tartivel dans le *Dictionnaire encyclopédique*, toutes les fois qu'il s'agit de révilser, de dériver à la périphérie, un principe d'irritation concentré dans les organes splanchniques, dans les fièvres éruptives, lorsqu'il s'agit de favoriser ou de rappeler l'éruption qui se fait difficilement ou qui a disparu.

Lorsque l'eau est à une température voisine de celle du corps, elle diminue l'excitabilité nerveuse ; la température étant plus élevée, le bain a une action sédative, mais à condition qu'il soit de courte durée.

Gerdy (*Archives générales de Médecine*, 1838) étudiant l'action du bain chaud, prétend que la respiration est moins influencée que la circulation. Elle s'éloigne moins de son type normal, et y revient plus rapidement. A 40° les bains ralentissent le mouvement circulatoire quand il est exalté. De là leur propriété antiphlogistique et antispasmodique. Au-dessus de cette température ils sont excitants et accélèrent la circulation. Il résulte des observations de Gerdy que : 1° à la température du sang, c'est-à-dire 36°5, le pouls s'accélère de quelques pulsations par minute ; à 38° il offre une augmentation de 15 à 20 battements, en même temps qu'il est devenu plus large, plus plein ; à 40° il s'élève jusqu'à 112 pulsations,

et se fait sentir petit, vif et serré. La respiration, elle, devient plus large, plus profonde à 38° et anxieuse à une chaleur de 40° si le bain se prolonge. — On ne sait pas bien quelle est l'influence du bain chaud sur les reins. D'aucuns prétendent que la quantité des urines est augmentée, tandis que pour d'autres elle serait diminuée.

Pour notre part, dans un cas de broncho-pneumonie consécutive à la rougeole, traitée par les bains chauds, nous avons pu constater une augmentation notable de la quantité des urines, et ce malgré une sudation très abondante. L'enfant qui fait l'objet de cette observation était à peu près anurique depuis deux jours.

Pour nous résumer, le bain chaud agit sur l'organisme en accélérant la respiration et la circulation, en congestionnant les téguments au bénéfice des organes splanchniques, en calmant l'excitabilité nerveuse; et très probablement en augmentant la sécrétion urinaire.

Nous diviserons l'étude du traitement de la rougeole en cinq parties. Dans la première nous verrons la *prophylaxie*; dans la deuxième *l'hygiène du morbilieux*; dans la troisième le *traitement médicamenteux*; la *balnéothérapie* fera l'objet de la quatrième et enfin nous dirons dans la cinquième les essais de *sérothérapie* qu'on a tentés dans ces dernières années. Dans un dernier paragraphe nous indiquerons comment on doit envisager l'hygiène du convalescent.

Prophylaxie. — La rougeole étant surtout contagieuse au moment de la période prééruptive, on conçoit aisément que la prophylaxie de cette affection est très difficile à mettre en pratique. Que faire en ville lorsqu'un cas de

rougeole vient à éclater dans une maison? L'étude de la prophylaxie des maladies infectieuses répond : l'isolement, la désinfection ; mais dans le cas d'affection morbillieuse, ces mesures n'ont pas l'importance qu'elles peuvent avoir dans les autres pyrexies, car l'isolement est inefficace parce qu'on ne peut le faire en temps opportun et la désinfection inutile, car il est démontré que la virulence, peut être même la vitalité du virus morbillieux, est considérablement amoindrie. C'est pour cette raison du reste que, au Conseil d'hygiène, Monsieur le professeur Grancher a fait rayer la rougeole du nombre des maladies à déclarer. Néanmoins on consignera la chambre du malade jusqu'à la fin de l'éruption à tous les enfants n'ayant pas eu la rougeole. Les personnes chargées de surveiller le petit malade devront se laver les mains et le visage avec une solution antiseptique, aussi souvent qu'il sera nécessaire ; revêtir des vêtements spéciaux pour éviter d'aller porter au loin les germes d'une maladie que nous avons vue si redoutable. Si la rougeole évolue normalement, ces simples mesures suffisent ; mais si une complication pulmonaire survenait, il faudrait non seulement isoler le malade ; mais dès la guérison et *a fortiori* après la mort, procéder à la désinfection de tous les objets ayant servi au morbillieux.

La pratique inaugurée par M. le professeur Grancher à l'hôpital des Enfants-Malades semble devoir réduire au minimum les chances de contagion. Dès qu'un enfant entre à la Clinique, s'il n'a pas eu la rougeole, on le considère comme pouvant être en incubation. Il est immédiatement isolé ; et ce dans la salle commune, au moyen

d'un grillage métallique de 1 m. 20 de hauteur qui empêche les contacts directs. Toute personne qui veut pénétrer dans ce box, pose sa blouse, pour en revêtir une autre y attachée et en sortant doit se laver les mains pour remettre ensuite la première blouse. Tous les objets, couverts, assiettes, etc., sont stérilisés à l'eau bouillante après avoir servi aux enfants suspects. Au bout de quinze jours si la rougeole ne s'est pas déclarée et si d'autre part le petit malade n'est pas atteint de maladie contagieuse, le grillage est enlevé.

Mais dans les hôpitaux où on pourra réaliser l'isolement, dès qu'un petit morbillieux sera atteint de complication, on devra l'isoler ; car la broncho-pneumonie, presque toujours consécutive au streptocoque se transmet d'un rougeoleux à un autre avec la plus grande facilité et le pronostic en est aggravé comme nous l'avons vu par les passages successifs. La chambre d'isolement ne pourra servir à un autre malade que tout autant que la désinfection aura été complète. C'est grâce à ces précautions du reste, que la mortalité aux Enfants-Assistés a pu diminuer et descendre à la proportion consolante de 12 pour 100.

Hygiène du morbillieux. — L'hygiène du morbillieux doit consister dans l'antisepsie de la peau, des voies respiratoires supérieures et du tube digestif. Le traitement hygiénique doit indiquer la diététique et les mesures à prendre dans l'intérêt même du morbillieux.

1° *Antisepsie de la peau.* — La rougeole étant diagnostiquée ou même soupçonnée, il est bon de faire pren-

dre un bain savonneux d'abord et ensuite un bain au sublimé au 15000°. On veillera à l'antisepsie des téguments en pensant « avec une minutie chirurgicale » (Hutinel) toutes les affections de la peau, en se souvenant que la broncho-pneumonie peut être consécutive à une suppuration, même légère, d'un point quelconque du corps.

2° *Antisepsie des voies respiratoires supérieures.* — M. Lermoyez proscrit formellement les irrigations nasales, parce que dans les efforts que fait l'enfant pour résister, ainsi que dans les mouvements de déglutition, la trompe d'Eustache s'ouvre et une certaine quantité de liquide peut y pénétrer entraînant avec elle les germes pathogènes d'une otite moyenne. Suivant en cela la pratique de notre maître, M. Marfan, à l'hôpital des Enfants-Malades, nous avons toujours donné la préférence aux instillations d'huile mentholée au 50° dans chaque narine. Nous n'avons jamais eu à nous plaindre de cette méthode, réservant les lavages pour l'antisepsie buccale.

3° *Antisepsie du tube digestif.* — Dès le début de la maladie, nous donnons un purgatif salin pour assurer dans la mesure du possible l'asepsie de l'intestin, les fèces sentant toujours très mauvais; si à la suite l'enfant avait un certain degré de constipation, nous recommandons un lavage de l'intestin à l'eau bouillie.

Il faudra veiller également à la propreté méticuleuse des muqueuses oculaire et vulvo-vaginale pour se mettre à l'abri des kérato-conjonctivites et des vulvites parfois si tenaces.

4^e. *Diététique.* — Tant que la fièvre est élevée il est d'usage de ne donner que du lait; mais dès que la fièvre tombe, si l'analyse des urines est négative, on pourra permettre une alimentation légère, afin de mettre le malade en état de résister à toutes les complications qui pourraient survenir au moment de la convalescence.

Traitement médicamenteux. — Si le catarrhe bronchique a de la tendance à gagner les bronches moyennes, si une bronchite se déclare, nous donnons une potion à l'infusion d'ipéca (30 à 80 centigrammes suivant l'âge de l'enfant). A l'exemple de M. le Professeur Renaut, de M. Marfan, nous répudions le vomitif qui a l'immense inconvénient de fatiguer et de déprimer les enfants, qui ont besoin au contraire de toutes leurs forces pour lutter contre les infections secondaires. Il sera bon d'y ajouter une petite quantité d'opium, proportionnée à l'âge de l'enfant pour calmer les efforts de toux, et s'opposer conséquemment à l'aggravation du catarrhe.

Pour combattre l'excitabilité nerveuse nous donnons la préférence au bain chaud sur les médicaments dépresseurs du système nerveux, au premier rang desquels il faut placer l'aconit.

Dans les cas où le malade serait abattu, nous donnons une potion à l'acétate d'ammoniaque, le meilleur des stimulants diffusibles, auquel nous adjoignons toujours une petite quantité de benzoate de soude, qui agit comme antiseptique intestinal et modificateur de l'épithélium pulmonaire.

En principe il faut savoir être modéré dans la thérapeutique médicamenteuse de la rougeole et se rappeler

que le plus souvent la nature fait bien les choses et qu'en conséquence le rôle du médecin est de faciliter son action.

Balnéothérapie. — Systématiquement nous avons baigné tous nos petits rougeoleux suivant les règles indiquées par M. le Professeur Renaut ; et pour chaque cas nous avons été obligé de constater quels services peut rendre cette méthode dans le traitement de la rougeole.

On procède exactement comme dans la méthode de Brand. Toutes les trois heures, nuit et jour, on prend la température rectale. Si le thermomètre atteint 39°, on donne à l'enfant un bain à 38° et on l'y laisse huit à dix minutes environ. On entoure la tête d'un mouchoir plié et si le petit malade semble se congestionner, on arrose le vertex pendant toute la durée du bain avec un filet d'eau à la température de la chambre. S'il s'agit d'un enfant de deux à trois ans, on lui donne vers le milieu du bain un peu de champagne ou de cognac et d'eau. Puis on l'enlève et on le sèche rapidement avec des linges chauds et on le recouche. Plus ou moins rapidement, parfois après le troisième ou quatrième bain, la fièvre tombe et ne remonte plus. D'autres fois, la lutte dure plus longtemps, trois, quatre ou cinq jours ; mais le résultat est toujours identique, la bronchite s'efface sans jamais se capillariser. (Renaut. *Traité de Thérapeutique de A. Robin*. Tome VIII). Plus loin, cet auteur ajoute : il en est absolument de même dans les cas de bronchites diffuses, satellites des fièvres graves ; mais alors on est obligé de poursuivre la balnéation pendant une série de jours. Elle ne juggle plus net la bronchite diffuse, mais elle s'oppose à son passage à la broncho-pneumonie.

Rix (*British Medical Journal* 1^{er} nov. 1896), recommande très vivement les bains chauds, de 90 à 100° F. (33 à 38 C.), non seulement dans les cas de rougeole confirmée, mais aussi dans ceux où le diagnostic est incertain ; l'eau chaude ayant pour résultat de faire sortir ou ressortir l'éruption. Il recommande les bains d'une durée de 8 à 10 minutes, deux fois par jour, même plus souvent et qui sont continués tant que l'éruption n'est pas bien sortie ; il les fait continuer ainsi jusqu'à température normale. Pendant la convalescence, il ne fait donner qu'un seul bain. Sous l'influence de ce traitement la rougeole, dit-il, est abrégée, et la tendance aux complications pulmonaires et rénales diminuées.

Nous n'avons pu nous procurer la statistique de l'Hôpital des Enfants-Malades au sujet du traitement de la rougeole par la Balnéation chaude ; mais le Dr Renault, chef de Clinique, nous affirmait que les résultats lui paraissaient concluants.

Pour notre part, nous avons pu constater que tous les petits morbillieux soumis systématiquement et d'emblée à la balnéation chaude n'avaient pas eu de complications pulmonaires, alors que dans certains cas, comme nous l'indiquons plus loin, plusieurs de nos malades étaient dans les plus mauvaises conditions imaginables.

L'épidémie que nous avons eu l'occasion de suivre était meurtrière ; des formes malignes ataxo-adiynamiques emportaient les enfants en peu de temps, et cependant nous n'avons, à proprement parler, perdu aucun enfant.

Le bain chaud a-t-il agi comme un antiseptique en supprimant mécaniquement les microbes pathogènes de la

peau ; ou bien a-t-il agi en décongestionnant les bronches et le parenchyme pulmonaire, s'opposant ainsi à l'engouement du poumon. Nous ne saurions nous prononcer. Nous n'avons, il est vrai, qu'un petit nombre d'observations pour corroborer nos conclusions ; mais néanmoins elles paraissent devoir affirmer la valeur de la balnéation chaude dans le traitement curatif de la rougeole et prophylactique des complications pulmonaires.

Cependant dans les formes malignes d'emblée, hypertoxiques, nous n'hésiterions pas, comme le recommande M. le Professeur Dieulafoy, à instituer le traitement par les bains froids d'après la méthode de Brand, car dans ces cas où il faut amener une élimination rapide des toxines, la balnéation froide est la méthode d'élection.

SÉROTHÉRAPIE

Dans ces dernières années, des essais de sérothérapie ont été tentés en France par M. Marmorek à l'hôpital Trousseau, et en Allemagne par M. Weisbecker. Cet auteur a eu l'occasion de pratiquer chez les enfants atteints de broncho-pneumonie des injections sous-cutanées de sérum sanguin provenant de sujets convalescents de rougeole et indemnes de toute tare organique.

Il a essayé son sérum dans un seul cas de rougeole normale et dans quatre cas graves avec complications. Le premier cas est celui d'une petite fille de neuf mois dont les frères et sœurs présentaient déjà l'exanthème morbillieux. Cette enfant ne présentait comme signes physiques que du catarrhe oculo-rhino-pulmonaire. Il injecte 10 centimètres cubes de sérum, provenant d'un enfant guéri de rougeole. Le lendemain, disparition des phénomènes catarrhaux, qui reparaissent le surlendemain avec l'exanthème. L'enfant eut encore de la fièvre et des râles sous-crépitaux pendant 8 jours, puis guérit complètement.

Les autres cas sont des broncho-pneumonies que M. Weisbecker attribue au virus morbillieux lui-même.

Observation 1 (W.)

Petite fille de 1 an au deuxième jour de l'éruption, qui avait envahi tout le corps sauf les jambes et les cuisses. Fièvre considérable, dyspnée très vive avec cyanose commençante. Diagnostic : Broncho-pneumonie double. Peu après l'injection, l'éruption qui avait disparu réapparaît aux jambes exclusivement ; la nuit suivante le sommeil fut excellent ; les deux foyers se résolurent et en 8 jours l'enfant était guérie.

Observation 2 (W.)

Enfant de 15 mois, phénomènes catarrhaux. Vu l'épidémie régnante, on fait le diagnostic de rougeole. A l'auscultation, broncho-pneumonie. Fièvre 40°. Le soir de l'injection, sueurs critiques, chute de la fièvre, apparition sur le corps d'un exanthème mobilliforme. Guérison.

Observation 3 (W.)

Enfant de 9 mois présentant du coryza et de la fièvre : sœur atteinte de rougeole ; injection de 10 centimètres cubes de sérum. A la suite, sommeil tranquille, mais fièvre qui diminue petit à petit. Le lendemain de l'injection, on constate un foyer pneumonique sans dyspnée. Guérison en 5 jours sans exanthème.

Observation 4 (W.)

Petite fille de 5 ans 1/2. Toux depuis 6 ou 7 jours, forte fièvre, délire. Au poumon droit ; foyer de broncho-pneumonie. En arrière des oreilles, éruption punctiforme semblable à l'exanthème morbillieux. Vu la gravité du cas, on injecte 18 centimètres cubes de sérum. Amélioration deux heures après. Le lendemain on commençait à entendre la respiration vésiculaire du foyer pneumonique.

Ces observations ne prouvent pas grand'chose, mais l'auteur fait remarquer que la défervescence dans la broncho-pneumonie morbillieuse n'est pas aussi brusque qu'elle fut dans son quatrième cas, et elle ne survient pas dès le premier jour comme dans son deuxième cas.

Dans le service de M. Comby, alors à l'hôpital Trousseau cinq rougeoleux atteints de broncho-pneumonie ont été traités par le sérum anti-streptococcique de Marmorek. Deux décès se produisirent. L'année suivante 14 rougeoleux sont traités par les injections sous-cutanées dans le service de M. Netter les 14 enfants ne survécurent pas.

Ces résultats sont peu encourageants ; mais tout fait espérer néanmoins qu'un jour viendra où, possédant le sérum curateur, on pourra, comme pour la diphtérie, arracher à la mort des milliers d'enfants.

HYGIENE DU CONVALESCENT

La convalescence de la rougeole doit être surveillée de très près ; car il faut toujours se souvenir que cette maladie est un des facteurs les plus importants de la tuberculose.

Nous recommandons encore l'antisepsie des voies respiratoires supérieures par l'huile mentholée, les irrigations buccales, la vie au grand air, l'exercice, un régime substantiel, composé de lait, œufs, viandes saignantes, légumes secs. Le séjour au bord de la mer est un adjuvant de premier ordre, qui pourra mettre les rougeoleux à antécédents héréditaires dans les meilleures conditions de résistance.

Ici encore, moins on donnera de médicaments, et mieux ça vaudra. Cependant, l'extrait de quinquina en stimulant l'organisme, et l'huile de foie de morue, comme tonique alimentaire, seront parfois employés pour le plus grand bien du morbillieux.

Observation 1 (Personnelle).

Rougeole guérie sans complications.

Le 15 août, nous sommes appelé auprès de la petite Valentine G..., 4 ans, d'un tempérament lymphatique. Dans ses antécédents personnels, nous trouvons des accidents impétigineux à répétition, une blepharite ciliaire permanente. L'enfant a eu jadis un écoulement d'oreilles et présente sur la cornée des taches, vestiges de kératite phlycténulaire.

Etat de l'enfant le 15 août :

Catarrhe oculo-nasal.

Bouffissure de la face.

Eternuements répétés.

A l'auscultation quelques gros râles de bronchite.

La température rectale donne 38°,4 ; au dire des parents nous sommes au quatrième jour de la maladie. La langue est saburrale, pas d'énanthème au niveau du voile du palais. Vu la constitution médicale régnante nous annonçons une rougeole.

Traitement : Régime lacté, léger purgatif, potion à l'acétate d'ammoniaque et au benzoate de soude, instillation matin et soir de deux gouttes d'huile mentholée au 50 dans chaque narine.

Le 16 août. — Apparition de quelques papules derrière les oreilles. Le diagnostic de rougeole se confirme dans la journée. Température : M. 38,5 ; S3.9.

A l'auscultation les râles de bronchites deviennent plus nombreux et tendent à caractériser une bronchite des bronches moyennes.

Langue blanche, enanthème au niveau des piliers et du voile du palais.

Traitement. — Le traitement par les bains chauds à 38° est institué. Deux bains par jour. A la suite l'enfant repose bien, alors qu'elle était agitée auparavant. Durée de chaque bain : dix minutes.

Le 17 août.—L'éruption est généralisée. Température M. : 38,5 ; S. : 39. Mêmes symptômes.

Le 18 août. — L'éruption pâlit, la température baisse : M. 38 ; S. 38,5.

A l'auscultation on entend encore de gros rhonchus de bronchite.

Le 21 août. — Nous faisons notre dernière visite l'enfant est complètement rétablie ; elle a bon appétit, n'a plus de fièvre. Rien dans la poitrine. Nous donnons aux parents le conseil de donner un bain par jour encore quelque temps.

Ayant vu les parents vers le 25, nous leurs disons de donner à l'enfant un grand bain savonneux et nous les engageons à la faire sortir le plus possible. Nous prescrivons une potion à l'extrait de quinquina. L'enfant va très bien.

Nous tenons à ajouter que la mère a elle même soigné sa fille, alors même qu'elle avait un autre enfant au sein. Comme prophylaxie, la mère revêtait un tablier spécial et se lavait les mains chaque fois qu'elle venait de toucher la petite malade.

Observation 2 (Personnelle).

Broncho-pneumonie, suites de rougeole. Mort au quatorzième jour.

Le 24 août on nous fait appeler pour aller voir un enfant de six ans, malade des suites de la rougeole. Nous nous y rendons aussitôt et nous nous trouvons en présence d'un enfant mourant; les parents sont des gens peu fortunés, habitant une maison en planches, fort mal exposée et très mal comprise à tous les points de vue.

Cet enfant, le jeune M..., âgé de six ans contracte la rougeole vers le 15 août, nous le voyons pour la première fois le 24. C'est un enfant débile, au tempérament maladif en temps ordinaire.

Etat au 24 août. — Sur le corps quelques traces de rougeole facies pneumonique; yeux excavés, vitreux; pupilles dilatées. Langue sèche fuligineuse. Délire, soubresauts. Diarrhée fétide. Quelques vomissements. Urines très rares. La température est de 39°. Le pouls est petit, filiforme, misérable, incomptable. Plus de quatre-vingts inspirations par minute. L'auscultation du poumon rendue très difficile, car un médecin consulté avait couvert la poitrine de l'enfant de larges vésicatoires qui supprimaient abondamment, montre néanmoins que les poumons sont envahis presque dans leur totalité par des foyers de broncho-pneumonie.

Traitement. — Faire boire le malade le plus possible, potion stimulante à l'acétate d'ammoniaque et alcool, à laquelle nous faisons ajouter 25 centigrammes de caféine. Un bain chaud à 38° toutes les trois heures, nous donnons le conseil d'y ajou-

ter une certaine quantité de farine de moutarde une fois sur deux, non sans avoir au préalable oint largement les plaies des vésicatoires.

Nous revenons voir le petit malade le soir même et nous constatons un mieux sensible. Le nombre des inspirations n'est plus aussi élevé, le délire est moindre, l'enfant dort d'un sommeil qui semble réparateur.

Le 25 août — Nous constatons chez notre petit malade une amélioration notable. Il n'est plus agité, n'a plus de délire, répond aux questions qu'en lui pose, semble s'intéresser à tout ce qu'on fait autour de lui.

La température matinale est à 38°6 ; vespérale à 39°2. Pouls 140. Le nombre des inspirations a diminué, on en compte néanmoins 60 par minute.

Même traitement.

Le 26 août. — Température M. : 38°2 ; S. 38°6.

L'enfant s'amuse avec une poupée ; il devient gai, nous voit arriver avec plaisir, indique lui-même avec exactitude les régions douloureuses.

Inspirations : 52 par minute. Pouls, 140.

Nous faisons diminuer le nombre des bains. Un toutes les 4 heures et un seul sinapisé par jour. Les selles ayant une très mauvaise odeur, nous ordonnons un léger purgatif salin.

Le 28 août.— Température M. 38. S. 38.

L'enfant a eu un peu de délire dans la journée. Il grince constamment des dents, s'est plaint de la tête, les pupilles sont inégales.

Inspirations : 48. Pouls : 150.

Le 29 août. — Température M. 39,5 ; S. 39,6.

Apparition de muguet dans la bouche.

L'enfant n'a plus les symptômes de méningisme que nous avions noté la veille. Nous faisons prendre une potion à l'extrait de quinquina et à l'alcool.

Notre malade est plus faible.

Nous notons 48 inspirations par minute ; le pouls est à 160, petit, misérable.

Le 30 août. — L'enfant va plus mal.

Le 31 août. — Notre petit malade meurt dans la nuit.

Nous interrogeons les parents sur les derniers moments de leur enfant et nous concluons qu'il est mort de méningite.

Durant le cours de la maladie, l'auscultation du poumon nous avait montré des alternatives de guérison et d'aggravation, telles qu'on en voit dans la broncho-pneumonie. Un jour la percussion et l'auscultation indiquaient un foyer à un endroit, qui disparaissait peu après pour s'engouer de nouveau.

L'observation de ce cas, quoique mortel, nous a paru très intéressante. En effet, appelé auprès d'un moribond nous n'avons pas hésité à mettre en pratique les bains chauds et nous avons eu un moment l'espoir d'assister à la résurrection de notre malade.

Dans l'intervalle des bains nous faisons entourer le thorax de compresses humides recouvertes de taffetas gommé. Grâce à ce traitement l'état de l'enfant s'améliorait, lorsqu'une méningite intercurrente est venu l'achever.

Nous n'hésitons pas à croire que si la balnéation chaude avait été instituée d'emblée l'enfant serait guéri.

L'observation suivante prise dans la même famille, c'est-à-dire dans les mêmes conditions d'habitus, tendrait à le prouver.

Observation 3 (Personnelle)

Enfant M..., 2 ans, frère du précédent.

Pendant que nous donnions nos soins dans la famille M., nous fûmes interrogé sur le danger et les risques de contagion que pouvait encourir le dernier enfant âgé de 2 ans.

N'ayant pas encore eu la rougeole, nous affirmâmes qu'il avait en lui les germes de la maladie ; mais que néanmoins on devait le soustraire à l'entourage du malade. Comme prophylaxie : nettoyage de l'enfant, lavages de la bouche et du nez ; instillations de deux gouttes d'huile mentholée au 50° dans chaque narine matin et soir.

Le 27 août. — Nous constatons : fièvre, catarrhe oculo-nasal, langue blanche, éternuements.

Le 28 août. — La rougeole est nettement confirmée. Une belle éruption ne tarde pas à recouvrir tout le corps. A l'auscultation gros râles de bronchite.

Traitement. — Bains chauds, matin et soir à 38°.

- » Huile mentholée en instillations nasales.
- » Potion stimulante à l'acétate d'ammoniaque
- » au benzoate de soude. (Nous avons pris l'habi-
- » tude de ne jamais donner de médicaments sus-
- » ceptibles de déprimer).

A la suite des bains l'enfant se repose et dort. Comme alimentation, régime lacté absolu.

Le 31 août. — L'éruption pâlit, on peut percevoir encore de gros râles de bronchite. La fièvre tend à diminuer. Pouls excellent. L'enfant demande à manger.

Continuation du traitement.

Le 2 septembre. — L'enfant va très bien.

Pas de fièvre, pas de râles.

Nous ne faisons plus donner qu'un seul bain par jour. On continue les instillations d'huile mentholée.

Le 4 septembre. — Nous considérons l'enfant comme guéri nous donnons le conseil de maintenir encore l'enfant à la chambre et de terminer le traitement par un grand bain savonneux.

Cette observation nous a paru très intéressante. L'enfant a guéri sans aucune complication, alors qu'il avait autour de lui tous les éléments d'infection secondaire. Bien plus, cet enfant qui toussait constamment, est actuellement débarrassé de toute affection des voies respiratoires.

Observation 4 (Personnelle).

Rougeole guérie sans complications.

Georgette G... 2 ans. Enfant sujette aux bronchites : n'ayant pas encore eu la rougeole.

Le 29 août. — Nous voyons l'enfant pour la première fois.

Etat. — Fièvre, inappétence, coryza, pas d'éternuements ; à l'auscultation : gros râles de bronchite dans toute l'étendue du poumon.

Sans nous prononcer, nous laissons entendre que l'enfant est menacée de la rougeole, la mère étant allée soigner le jeune M... qui fait l'objet de l'observation II.

Traitement. — Huile mentholée dans chaque narine.

Traitement. — Léger purgatif.

» Potion à l'infusion d'ipéca.

Le 30 août. — C'est-à-dire le lendemain, l'éruption apparaît mais d'une façon discrète.

Même traitement que la veille. On ajoute 2 bains chauds à 38°.

Le 2 septembre. — L'éruption n'est pas franche, néanmoins le diagnostic est ferme. Amélioration de l'état général.

La fièvre tombe. A l'auscultation de gros rhonchus, ainsi que de fines sibilances.

Même traitement.

Nous voyons l'enfant pour la dernière fois le 5 septembre, nous la considérons comme guérie. La respiration est devenue meilleure, le murmure vésiculaire s'entend presque partout.

Observations 5 et 6 (Personnelles)

Rougeole guérie sans complications.

Enfants F..., 7 ans et 22 mois.

Nous sommes appelé le 31 août, dans une maison contiguë à celle qu'habitait l'enfant qui fait l'objet de l'observation II, pour voir deux enfants.

L'aîné a 7 ans, c'est un enfant malingre, chétif, sujet aux angines et aux bronchites ; il offre l'aspect typique de l'adénoïdien. L'autre a 22 mois. Ils habitent dans une maison mal tenue où l'air respirable fait de trop courtes apparitions ; les parents sont loin d'être dans l'aisance.

Le 31 août. — Nous notons chez l'aîné :

Malaise général, inappétence complète, inaptitude au jeu et

au travail, léger mouvement fébrile, un peu de coryza. A l'auscultation quelques gros râles de bronchite. Pas d'angine.

Traitement: Lavages de la bouche.

- Huile mentholée au 50° en instillations nasales.
- Léger purgatif salin.
- Régime lacté.

Le plus jeune présentait de l'anorexie et de la fièvre.

Même traitement. — Comme purgatif: calomel.

Le 1^{er} septembre. — Etat stationnaire.

Le 2 septembre. — Apparition de quelques papules.

Coryza, catarrhe oculaire, éternuements. Pointillé rouge dans la gorge.

Au traitement précédent nous faisons ajouter deux bains chauds à 38° d'une durée de 10 minutes, matin et soir.

Le 3 septembre. — L'éruption est généralisée; fait intéressant: les deux enfants ont dû être contaminés le même jour, car les symptômes marchent de pair chez l'un et chez l'autre. Le plus jeune néanmoins tousse beaucoup et l'auscultation nous révèle des râles fins avec sibilances.

Rien d'anormal à signaler les jours suivants.

Nous faisons notre dernière visite le 12 septembre, les deux enfants sont guéris sans complications.

Fait important à signaler: la mère de nos deux petits malades était allée dans la maison voisine pour aider à soigner le petit M..., mort de broncho-pneumonie.

Observation 7 (Personnelle)

Rougeole guérie sans complication pulmonaire. — Stomatite
ulcéro-membraneuse diphtéroïde.

Le 2 septembre. — On vient nous chercher pour une enfant de 18 mois, la jeune G..., atteinte de rougeole au septième jour.

Nous nous trouvons en présence d'un cas très grave.

Enfant superbe, nourrie au sein par la mère, bien portante précédemment. Rougeole vers le 25 août.

Vers le 31 août, exagération de tous les symptômes. Le médecin consulté diagnostique une broncho-pneumonie.

Le 2 septembre. — On considère l'enfant comme perdue. Nous la voyons pour la première fois le 2 septembre vers six heures.

Température 39°.

60 Inspirations par minute.

A l'auscultation : Broncho-pneumonie généralisée.

Pronostic très sombre. L'enfant meurt dans la nuit.

C'était la dernière d'une famille de huit enfants, les parents sont dans une misère difficile à décrire.

On nous prie d'examiner une enfant de trois ans environ.

Voici le résultat de notre examen : Angine blanche, fièvre, langue blanche, inappétence, catarrhe oculo-nasal, éternuements. Nous considérons l'enfant en période d'invasion de la rougeole.

Traitement. — Huile mentholée dans les narines.

Badigeonnages de la gorge avec une solution d'acide salicylique dans la glycérine.

Purgatif salin.

Régime lacté.

Le 4 septembre le diagnostic est confirmé. On peut voir sur la langue, les lèvres et la face interne des joues, de petites ulcérations arrondies, excavées à fond grisâtre. L'angine s'améliore; la température vespérale est aux environs de 38°,5.

Traitement. — Bains chauds à 38°.

Badigeonnages des ulcérations avec la solution salicylée.

Le 6 septembre, l'éruption pâlit. A l'auscultation quelques gros râles de bronchite. L'angine est guérie, les ulcérations de la bouche sont en voie d'amélioration.

Fièvre : 38°. — Même traitement.

Le 12 septembre. — L'enfant est en très bonne voie de guérison et nous annonçons à la famille que nous ne reviendrons plus. Mêmes précautions prophylactiques que dans les observations précédentes.

Observation 8 (Personnelle)

Rougeole au sixième jour. Broncho-pneumonie. Guérison.

Le 2 septembre, nous allons dans la famille I... pour une enfant de 18 mois, au 6^e jour d'une rougeole.

Enfant jumelle, chétive, nourrie au sein par la mère; néanmoins on lui donne à manger et nous surprenons les parents lui faisant boire du vin.

Etat de l'enfant. — Rougeole en pleine éruption. Température

9°. Dyspnée, toux. A l'auscultation, deux foyers de broncho-pneumonie.

Traitement. — Huile mentholée dans les narines.

- » Bains chauds à 38°.
- » Dans l'intervalle, cataplasmes sinapisés.
- » Potion à l'ipéca, et potion stimulante à l'acétate d'ammoniaque.

Le 2 septembre, la fièvre est tombée à 38°6, l'enfant est moins dyspnéique ; à l'auscultation on entend des bouffées de râles crépitants aux mêmes foyers pneumoniques.

Même traitement.

Le 5 septembre, l'éruption est à peu près effacée, la fièvre aux environs de 38° ; l'enfant est plus gaie dans la journée, tousse un peu moins. A l'auscultation on entend encore quelques râles crépitants, la matité est moindre.

Même traitement.

Le 15 septembre, l'enfant est guérie.

Dans la même famille, nous avons eu l'occasion de soigner le frère jumeau, des suites de rougeole, contractée quelques jours avant. Une autre sœur, la jeune Mireille âgée de 4 ans, avait eu la rougeole la semaine précédente, la convalescence avait été longue. Quant à l'aînée âgée de 7 ans, elle avait essuyé cette maladie dans le temps minimum ; éruption avait été franche ; et lors de notre première visite, elle avait la face couverte d'une desquamation furfuracée.

Observation 9 (Personnelle)

Rougeole guérie sans complications.

Le 13 septembre. — Nous voyons le jeune D..., âgé de 2 ans. C'est un enfant robuste, nourri au sein par la mère, jamais malade ; n'a jamais souffert à l'occasion de l'éruption dentaire.

Etat le 13 septembre. — Enfant grognon, inquiet, fébricitant, langue blanche, inappétence, légère toux. La gorge est rouge, mais sans caractère pathognomonique.

Traitement. — Huile mentholée dans les narines.

10 grammes d'huile de ricin.

Potion à l'ipéca.

Le 16 septembre. — Belle éruption de rougeole. Catarrhe oculo-nasal, la toux s'est accentuée. Fièvre : 38° 8.

A l'auscultation gros rhonchus de bronchite.

Même traitement, on ajoute des bains à 38°.

Rien à signaler les jours suivants. Nous faisons notre dernière visite le 20 septembre, l'enfant est considéré comme guéri.

Observation 10 (Personnelle).

Rougeole guérie sans complications.

Le 26 septembre. — Nous sommes rappelé dans la même famille pour le frère aîné âgé de quatre ans et demi. C'est un en-

fant chétif élevé au biberon. Quand nous le voyons il est en pleine éruption de rougeole.

Nous devons dire que matin et soir on lui instillait quelques gouttes d'huile mentholée à titre de prophylactique et d'antiseptique des voies respiratoires supérieures.

Nous le soumettons aux bains chauds à 38° et, malgré sa faible résistance, il guérit sans complications.

Observation 11 (Personnelle).

Rougeole non traitée par les bains chauds. Broncho-pneumonie.

Mort.

Le 2 août, nous voyons pour la première fois l'enfant L... âgé de 3 ans.

C'est un enfant habituellement bien portant. Rien dans ses antécédents héréditaires et personnels.

Les parents habitent une maison insalubre, humide, mal exposée.

Nous constatons chez cet enfant : Fièvre, catarrhe oculo-nasal, éruption morbilliforme ; à l'auscultation de gros râles de bronchite.

Diagnostic. — Rougeole.

Traitement. — Potion à l'ipéca et à l'acétate d'ammoniaque. Conseils hygiéniques.

Les parents nous disent qu'on nous rappellera si l'enfant va plus mal.

Le 8 août, on nous prie de revenir et nous constatons une broncho-pneumonie généralisée. Nous indiquons des bains chauds sinapisés, dans l'intervalle des bains, enveloppements

humides du thorax ; injection d'huile camphrée ; mais rien n'y fit et le petit malade succomba quatre jours après.

Cette mort si subite ne fit qu'augmenter la crainte que nous avions de cette maladie ; et c'est alors que, lisant quelques jours après, le compte-rendu du traitement de la rougeole par la balnéation chaude, nous avons systématiquement baigné tous nos petits rougeoleux.

Nous avons tenu à rapporter cette observation si concluante à notre avis, pour bien montrer le bénéfice que l'on peut retirer en ville de la balnéation chaude.

En résumé, nous avons donné nos soins à 14 enfants, trois sont morts. Mais si l'on songe que l'enfant qui fait l'objet de l'observation II et cette petite fille de 15 mois dont nous parlons dans l'observation VII étaient mourants quand nous les avons vus, que d'autre part le petit L... de l'observation XI n'a pas été traité d'emblée par les bains chauds ; nous sommes en droit de conclure que *la balnéation chaude systématique est la méthode de choix dans le traitement de la rougeole.*

CONCLUSIONS

1. — La rougeole doit toujours être considérée comme une maladie grave.

2. — La balnéation chaude systématique doit être instituée dès que l'on soupçonne la fièvre exanthématique.

3. — On donnera, sauf indications spéciales, deux bains par jour, un le matin, un le soir à la température de 38°.

4. — La durée du bain ne devra jamais excéder huit à dix minutes.

5. — Le rôle du bain chaud est de :

1° Calmer l'excitabilité nerveuse.

2° Régulariser la circulation.

3° Favoriser l'apparition de l'exanthème et décongestionner les organes splanchniques.

4° S'opposer à la capillarisation de la bronchite morbillieuse.

5° Favoriser l'élimination des toxines par la sudation et l'augmentation de la sécrétion urinaire.

6° Diminuer les risques d'infection secondaire par l'antisepsie mécanique des téguments.

6. — La balnéation chaude semble diminuer la durée de la maladie et mettre le morbillieux à l'abri des complications pulmonaires.

7. — Pour assurer l'antisepsie et l'asepsie des voies respiratoires supérieures, il faut donner la préférence aux instillations d'huile mentholée, les irrigations nasales pouvant provoquer des infections secondaires de l'oreille moyenne.

8. — Rejeter absolument les médicaments dépresseurs, pour employer les stimulants et en particulier l'acétate d'ammoniaque.

9. — Contre la bronchite morbilleuse, on se servira de la potion à l'ipéca, opiacée suivant l'âge de l'enfant.

10. — Commencer le traitement par un purgatif, salin de préférence, et instituer ensuite le régime lacté tant que persistera la fièvre.

Vu par le Président de la thèse,

HUTINEL.

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- A. SANNÉ. — Dictionnaire des sciences médicales. (Art. Rougeole).
- D'ESPINE ET PICOT. — Traité des maladies des enfants.
- TROUSSEAU. — Cliniques médicales.
- GRANCHER. — Traité de médecine de Brouardel et Gilbert.
- DIEULAFOY. — Manuel de Pathologie interne.
- J. COMBY. — Traité des maladies de l'Enfance de Grancher. Comby et Marfan.
- BARBIER. — La rougeole. Bibliothèque médicale Charcot-Debove. Paris 1894.
- HUTINEL. — Leçons professées à la Faculté.
- TARTIVEL. — Dictionnaire des sciences médicales. (Art. Bains).
- GERDY. — Archives générales de médecine, 1838. Tome 1. page 452.
- HENRY (Emmanuel-Ossian). — Thèse de Paris 1855.
- RENAUT. — Traité de Thérapeutique de A. Robin. Tome VII.
- RIX. — British medical Journal, 1896. In Revue des maladies de l'enfance, Juin 1897.
- WEISBECKER. — Zeitschrift für Klin. Med. T. XXX In Revue des maladies de l'enfance 1897.

